

V rámci výročního sjezdu České kardiologické společnosti má dne 23.9. zaujalo že nemý srdeční infarkt představuje v nerizikové populaci až 22-64% z celkového počtu IM, u rizikovější populace (DM, HT) je to ještě víc.

Mimo obvykle známých doporučení o řízení motorického vozidla u kardiaků je důležitá i legislativa nadřazená nad nimi která vyžaduje poučit pacienta o nemožnosti řízení vozidla, zápis do zdravotnické dokumentace který pacient musí podepsat a také být písemně informován o tom i jeho posuzující lékař - PL.

Carneyho komplex je hereditární forma pro podskupiny syndromu - NAME - nevi, atrial myxomas, myxoid neurofibroma, ephelides nebo LAMB - lentigines, atrial myxomas, mucocutaneous myxomas, blue neavy). T. č. potvrzených cca 750 na světě. Nutno u takýchto pacientů myslet na zvýšené riziko výskytu myxomu. Geneticky se jedná v 65% o mutaci PRKAR1A na chromozomu 17. Střední věk dg je 24 let, 66% muži. Pouze v 62% se jedná o myxomy v levé síni, často ve více srdečních dutinách současně, časté jsou recidivy.

CTEPH není pouze důsledkem organizovaných trombů v plicnici, jedná se o onemocnění dvou kompartmentů - chronická obstrukce + remodelace v oblasti plicní mikrocirkulaci. Kritické období pro detekci CTEPH je 3-6 měsíců po PE aby mohla být zahájena adekvátní léčba (PEA+BPA+farmakoterapie). Proto jsou v tomto čase nutné pravidelné echokardiografické kontroly, v případě trvání symptomů nutno provést i ventilační perfuzní sken (horší dostupnost, výhodnější u alergie na kontrastní látku/renální insuficienci ve srovnání s CTAG). Chirurgická léčba se ukazuje jako velice prospěšná. Balonková angioplastika je komplementární k zvyšným dvěma metodám. Terapie warfarinem je považována za zlatý

standard. 6 hodin po PEA je nutné zahájit antikoagulační léčbu (pokud pacient nekrváčí z rány, nemá hemoptýzu).

Perikardiální konstriktice se vyskytuje u pacientů s anamnézou perikarditidy, TBC, SLE, u hemoperikardu, po operaci srdce. Diagnosticky typicky pro ní je Kussmalovo znamení, hypervolemie, zesílení perikardu na MR nebo CT, kalcifikace v perikardu které ale nemusí být vždy. Důležité je si uvědomit že myokard funguje správně a proto je zachována E rychlost.

Na rozdíl od restriktivní kardiomyopatie je pro ní typická respirofazická diskonkordance a zvýšená RV-LV interdependence. Časté bývá postižení srdce po radiaci např. po terapii Hodgkinovho lymfomu v mládí (radioterapie mediastina+ antracykliny) kdy dochází k rozvoji pozdní kardiotoxicity formou fibrózy či kalcifikaci cca víc než 20 let po terapii.

V rámci nonkompaktné kardiomyopatie a CMR jsou důležité v diagnostice Petersonove (analýza v dlouhých osách) a Jacquierova kriteria (krátke osy). Pro zánětlivé postižení myokardu v rámci CMR vyšla updated verze Lake-Louisových kritérii které nově zahrňují i T1 vážený obrazy.

Diagnóza HNDC (hypokinetic non-dilated cardiomyopathy) má EF LK < než 45% ale na rozdíl od DKMP mají pacienti s touto dg normální EDV nebo LKd, často se vyskytuje u laminopatií.

Důležitá je diferenciální diagnostika symptomatického pacienta se zachovalou EF - dušnost, intolerance námahy. Prevalence lehké, střední a těžké diastolické dysfunkce je v populaci 21, 7 a 1% v populaci. Hlavním důvodem diastolické dysfunkce je věk a hypertenze. Většina starších hypertoniků (bez srdečního selhání) má diastolickou dysfunkci. Mimo hodnocení

natriuretických peptidů je vhodné použít skóre H2FPEF - pokud pacient má aspoň 6 bodu je diagnóza HFpEF velice pravděpodobná. Existují i kardiomyopatie imitující HFpEF (hypertenzní, hypertrofická, infiltrativně-restriktivní KMP, restriktivní, HF s vysokým výdejem, perikardialní konstrikce) - to jsou pacienti bez typické anamnézy a rizikových faktorů HFpEF. Normální diastolická funkce nevylučuje diagnózu HFpEF.

Zvýšená hodnota troponinů není typická pouze pro srdeční onemocnění. 7-29% pacientů má poškození myokardu a zvýšený troponin u COVID-19 který může rozhodnout o další prognóze pacienta.